



PROMOUVOIR LA PARTICIPATION DES FAMILLES POUR DES GROSSESSES SAINES

Une Étude Théorique Ciblée Des Connaissances, Attitudes Et Comportements Liés Aux Grossesses Dans Trois Situations À Haut Risque: Âge Maternel Avancé, Haute Parité, Et Grossesses Rapprochées Après Un Avortement Ou Une Fausse Couche



JUIN 2014



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

REMERCIEMENTS

La Collaboration sur les Capacités en Communication Sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative - HC3) financée par l'USAID et basée au Centre des programmes de communication de l'école Bloomberg de Santé Publique de l'Université Johns Hopkins (the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs - JHU•CCP) tient à remercier Karen Schmidt pour l'élaboration de ce rapport avec le soutien de Joanna Skinner et Erin Portillo. La HC3 souhaite également remercier Kim Martin pour ses révisions et son aide dans la mise en page, ainsi que Hope Hempstone et Maureen Norton de l'USAID pour leurs précieux commentaires, conseils et leur soutien. La HC3 voudrait également souligner la contribution de Projestine S. Muganyizi, Kristen Stolka, Shabana Sultan, du Dr Cat McKaig, de Julie DaVanzo, Mizanur Rahman, Laili Irani, et Jane Wickstrom, qui se sont libérés pour mener des entretiens avec des informateurs clés.

Citation conseillée :

The Health Communication Capacity Collaborative HC3. (2014) *Engaging Families for Healthy Pregnancies - A Focused Desk Review of Knowledge, Attitudes and Behaviors Related to Pregnancies in Three High-Risk Situations: Advanced Maternal Age; High Parity; and Rapid Repeat Pregnancies After Abortion or Miscarriage*. Baltimore : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs.

Ce programme a été mis en œuvre par la HC3 du JHU•CCP, avec le soutien de l'Agence américaine pour le développement international (USAID).

©2014, Johns Hopkins University. Tous droits réservés.

TABLE DES MATIÈRES

Acronyms.....	1
Introduction.....	2
Méthodes.....	4
Résultats.....	5
Aperçu.....	5
Catégories de grossesses À haut risque	6
Âge maternel avancé.....	6
Haute Parité.....	8
Grossesses rapprochées après un avortement/une fausse couche.....	10
Thèmes transversaux.....	12
Gamme de contraceptifs: méthodes de contraception de longue durée d'action et permanentes	12
Report: un nouveau type de transition de la fécondité ?	13
La participation des hommes dans la PF	14
Les changements Normatifs	15
Discussion.....	15
Recommandations pour une Étude supplémentaire	17
Références.....	20
Annexe A: pays inclus dans l'Étude	23
Annexe B: informateurs clés	24

ACRONYMS

AMA	Âge maternel avancé
DHS	Enquête démographique et relative à la santé (Demographic and Health Survey)
PF	Planification familiale
HTSP	Planification saine et espacement des grossesses (Healthy Timing and Spacing of Pregnancies)
PPTE	Pays pauvres très endettés
HP	Haute parité
IC	Informateur clé
LARC	Contraceptifs réversibles à longue durée d'action (Long-Acting Reversible Contraception)
PM	Méthodes permanentes de contraception (Permanent Methods)
PLBC	Changement de comportement au sein d'une population (Population Level Behavior Change)
PA	Après un avortement (Post-Abortion)
PAC	Soins après un avortement (Post-Abortion Care)
PA/PM	Après un avortement/une fausse couche (Post-Abortion/Post-Miscarriage)
RRP	Grossesse rapprochée (Rapid-Repeat Pregnancy)
IST	Infection sexuellement transmissible

INTRODUCTION

Des interventions de planification familiale (PF) sont mises en place dans le monde entier avec comme objectif commun la diminution du nombre de grossesses non désirées et l'amélioration de la santé reproductive et du développement. Bien que de nombreux programmes de planification familiale mettent en exergue l'espacement des naissances, le concept de planification saine et d'espacement des grossesses (HTSP) privilégie l'espacement entre les grossesses, plutôt que les naissances, et insiste sur l'impact sur la santé maternelle et infantile, en particulier dans le cas des grossesses à haut risque (qui se produisent avant l'âge de 18 ans, après l'âge de 34 ans, sont trop rapprochées, ou à haute parité). HTSP aide à prévenir la survenue de problèmes de santé maternelle, périnatale et néonatale, tels que le risque accru de mortalité, de naissances prématurées, de faible poids à la naissance et de mortalité néonatale, ainsi que la mortalité maternelle, la pré-éclampsie, l'avortement provoqué et les fausses couches.

Un examen des données a été réalisé en 2013 dans le cadre du Sommet sur les données portant sur les changements de comportement au sein des populations (PLBC, soit Population Level Behavior Change) organisé par l'USAID et l'UNICEF. Les évaluations d'interventions visant à aider les femmes à suivre l'HTSP ont été analysées en se concentrant sur quatre comportements clés :

1. retarder la première grossesse jusqu'à au moins 18 ans ;
2. attendre au moins 24 mois après une naissance vivante avant d'essayer d'être à nouveau enceinte ;
3. attendre six mois après un avortement provoqué ou une fausse couche avant d'essayer d'être à nouveau enceinte ;
4. éviter d'être enceinte après 34 ans.

Les résultats de l'examen ont mis en évidence d'importantes lacunes dans les recherches et les interventions concernant les grossesses rapprochées après un avortement ou une fausse couche et l'âge maternel avancé (AMA). La présente étude a été réalisée afin d'identifier les recherches et les interventions existantes axées sur ces grossesses à haut risque, ainsi que sur les grossesses à haute parité (HP), définies comme celles survenant chez des femmes ayant déjà eu au moins cinq naissances vivantes.

Des données de recherche sur la santé montrent que l'AMA est associé à une augmentation de la probabilité de survenue de plusieurs problèmes maternels et fœtaux, y compris, mais sans s'y limiter : la naissance prématurée, la naissance d'un enfant mort-né ou dont le poids est anormal (faible ou élevé), la souffrance fœtale, l'hémorragie maternelle, la mortalité maternelle, et certaines malformations congénitales (Kenny et al, 2013 ; Astolfi et Zonta, 1999 ; Rajmohan et al, 2013 ; Walfish et al, 2009 ; Jacobsson et al, 2013 ; Organisation mondiale de la Santé, 2014). La

grossesse HP est également un facteur de risque d'hémorragie maternelle, ainsi que de faible poids à la naissance, et d'accouchement avant terme (Walfish et al, 2009 ; Aliyu et al, 2005).

Après une fausse couche ou un avortement, les intervalles de moins de six mois entre les grossesses ont été associés à un risque accru d'anémie maternelle, de faible poids à la naissance, et d'accouchement avant terme (Conde-Agudelo et al, 2005 ; Post, 2009). L'ampleur et les mécanismes de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales pour les grossesses qui ne respectent pas les recommandations HTSP font toujours l'objet de débats dans la littérature.

Cette étude n'est pas destinée à s'inscrire dans ce débat, elle part plutôt de l'hypothèse que ces grossesses présentent un risque accru pour examiner les facteurs qui peuvent conduire à des grossesses dans ces situations dans les pays en développement. La principale question de l'étude était la suivante : *Quels sont les facteurs de risque et de protection associés à la grossesse d'une femme (i) après 34 ans, (ii) après avoir eu au moins cinq naissances vivantes, ou (iii) dans les six mois suivant un avortement ou une fausse couche ?* Les facteurs étaient supposés relever de l'une des catégories suivantes :

- a. Perceptions du risque des grossesses AMA, HP, et PA/PM ;
- b. Désirs de fécondité des femmes AMA, HP, ou PA/PM et de leurs familles, et attitudes envers l'utilisation des méthodes de planification familiale pour réaliser ces souhaits ;
- c. Attitudes des femmes et de leurs familles envers les grossesses AMA, HP, ou PA/PM ;
- d. Comportements envers la planification familiale des femmes AMA et HP à risque de grossesse, ou des femmes PA/PM à risque de grossesse rapprochée (RRP).

Dans cette étude, la grossesse à haut risque est considérée comme le résultat à examiner, ou la variable dépendante. Dans ce cadre, les variables indépendantes sont celles associées à une incidence accrue de grossesses à haut risque. Certaines de ces variables indépendantes peuvent être démographiques, telles que l'éducation ou le statut socio-économique.

D'autres sont biomédicales, par exemple les antécédents obstétricaux, ou l'échec du mode de contraception, lié au choix de celui-ci. Certaines des variables indépendantes sont comportementales, par exemple le refus d'adopter une méthode contraceptive ou l'arrêt de l'utilisation des contraceptifs. Les variables comportementales sont généralement liées à des facteurs sociaux ou contextuels tels que la taille souhaitée ou attendue d'une famille, l'approbation de la PF par le conjoint, le remariage, le désir d'avoir un fils, ou l'acceptation des méthodes de PF de longue durée ou permanentes.

MÉTHODES

Des articles publiés dans des revues à comités de lecture et des documents extraits de la littérature grise ont été identifiés grâce à des recherches dans des bases de données pour être inclus dans l'étude, s'ils n'avaient pas déjà fait l'objet d'un examen dans le projet d'étude des données PLBC. Les documents et articles devaient également respecter les critères d'inclusion suivants :

Date : Du 1er janvier 1998 à 2013

Langue : français ou anglais

Pays : portent sur les pays désignés par la Banque mondiale comme des pays pauvres très endettés (PPTÉ), à faible revenu, ou à revenu moyen inférieur (voir annexe A).

Contenu : abordent spécifiquement les connaissances, attitudes et comportements liés aux grossesses AMA, HP, ou PA/PM.

Niveau : axés sur les femmes, les familles et les soignants plutôt qu'au niveau politique ou de la communauté.

Toutefois, étant donné le nombre très limité d'études répondant précisément aux critères d'inclusion, des études qui ne remplissaient pas tous les critères ont été retenues. Deux études ne remplissant pas le critère en matière de pays et dont les données provenaient de Turquie et des États-Unis ont été incluses. Très peu de documents satisfaisaient au critère de contenu « abordent spécifiquement les connaissances, attitudes et comportements liés aux grossesses AMA, HP, ou PA/PM » ; d'autres études ont donc été incluses dans l'analyse, car elles prêtaient une attention secondaire ou accidentelle aux facteurs examinés.

Les sources de données initiales comprenaient : les références des articles mentionnées dans l'examen des données PLBC, les bases de données de la littérature à comité de lecture (PubMed, PsycInfo, Sociological Abstracts, CINAHL, Cochrane reviews), d'autres bases de données comme Popline et WHOLIS, ainsi que Google Scholar, des sites internet d'échanges d'informations, y compris les sites Web Media/Materials Clearinghouse, Health Compass, Communication initiative, et les sites Web d'organisations concernées, telles que FHI 360, International Planned Parenthood Federation, Marie Stopes International, Population Council, et Pathfinder International.

Les premières recherches ont donné 1 380 résultats. Ils ont été examinés par titre pour identifier les documents potentiellement pertinents. Les résumés des documents dont les titres étaient retenus ont ensuite été examinés pour identifier les documents essentiels. Les références des documents essentiels ont également été consultées pour localiser des ressources supplémentaires. Un total de 28 documents a été retenu.

En outre, 13 informateurs clés (IC) ont été contactés, et huit d'entre eux ont finalement été interrogés (voir l'annexe B pour plus de détails).

RÉSULTATS

APERÇU

Comme indiqué précédemment, très peu d'articles identifiés dans cette étude remplissaient de manière explicite les critères d'inclusion. L'examen a révélé que ces sujets n'avaient tout simplement pas fait l'objet d'étude, et ne constituaient pas une priorité pour les interventions HTSP. En revanche, l'intervalle approprié après une naissance vivante et le retard de la première grossesse jusqu'à 18 ans sont des variables très bien étudiées qui figurent au centre de la grande majorité des interventions HTSP, en partie en raison des résultats d'une consultation technique de l'OMS datant de 2005, portant sur l'espacement des naissances et mettant en avant des recommandations pour l'espacement des naissances après une naissance vivante et après un avortement, mais n'abordant pas les grossesses AMA ou HP (OMS, 2005).

Un certain nombre d'IC ont suggéré que cette lacune s'expliquait par le fait que l'approche HTSP de promotion de la PF a été conçue en partie comme une alternative aux messages encourageant à limiter la taille de la famille, un sujet considéré comme politiquement et culturellement sensible dans certains contextes. Sur un plan plus pratique, il est possible de toucher beaucoup plus de grossesses en mettant l'accent sur les femmes jeunes et à faible parité simplement parce que ces groupes ont le plus grand nombre de bébés.

En l'absence de données directes, l'examen s'est concentré sur des études tangentes aux thèmes principaux. En conséquence, il est difficile d'obtenir un examen exhaustif basé uniquement sur les recherches de base de données. Par exemple, certaines des études sur l'issue des grossesses de femmes non observantes comprenaient des données ou des hypothèses sur les raisons de ces grossesses, or celles-ci sont difficiles à identifier à l'aide de la méthodologie de recherche, dans la mesure où elles ne figurent souvent pas dans le résumé.

Par conséquent, les entretiens avec les IC ajoutés aux techniques de boule de neige se sont avérés plus efficaces. Il est probable que des données pertinentes figurent dans d'autres études connexes, mais les trouver nécessiterait un examen plus intensif des différentes sources de littérature, comme suggéré ci-dessous sous la rubrique « Ressources complémentaires ».

Les résultats de l'étude sont divisés en deux sections principales présentées ci-dessous. La première décrit les résultats selon la catégorie de grossesse à haut risque : âge maternel avancé (AMA), haute parité (HP), et grossesse rapprochée après un avortement/une fausse couche (PA/PM RRP). La deuxième section présente les résultats par thèmes transversaux.

Parce que les catégories de grossesses abordées dans cette étude sont particulièrement liées à la culture et au contexte, et en raison de la rareté des données/informations plus générales, les résultats sont le plus souvent présentés par étude ; ceci afin de préserver les facteurs spécifiques aux pays étudiés, et d'éviter les généralisations à partir d'un nombre d'informations disponibles limité. La section de discussion vise à faire la synthèse des principales conclusions et des recommandations clés en vue d'une étude plus approfondie.

CATÉGORIES DE GROSSESSES À HAUT RISQUE

ÂGE MATERNEL AVANCÉ

Cet examen n'a identifié qu'une seule étude traitant directement des facteurs de grossesse AMA. Bien que cette étude provienne des États-Unis, elle a été retenue comme la seule étude importante portant sur l'AMA. Quelques études sur l'issue des grossesses, détaillées ci-dessous, ont brièvement et tangentiellement abordé les raisons des grossesses AMA.

Dans « *Are They Still Having Sex?: STIs and Unintended Pregnancy Among Mid-Life Women* » (Sherman et al, 2005), les auteurs ont noté « une négligence de la part des services de santé publique et des prestataires de soins de santé concernant les besoins des femmes dans cette tranche d'âge, et un manque d'interventions portant sur leurs caractéristiques et leurs situations uniques ».

Les auteurs n'ont trouvé aucune étude empirique d'interventions concernant les infections sexuellement transmissibles (IST)/la prévention de la grossesse, conçues pour des femmes d'âge mûr, et font observer que les programmes sur la santé de la reproduction, destinés aux femmes de plus de 40 ans se concentrent presque exclusivement sur la transition vers la ménopause. Les auteurs citent certains facteurs qui exposent les femmes à un risque accru d'IST et de grossesse non désirée lorsqu'elles ont plus de 40 ans. Les facteurs relationnels peuvent inclure la séparation, le divorce et le veuvage, conduisant à de nouvelles relations et/ou au remariage. De nouvelles relations sexuelles peuvent entraîner de nouvelles décisions concernant les méthodes de contraception et la prévention des IST, et nécessiter de nouvelles compétences telles que l'utilisation d'un préservatif masculin ou féminin, d'un diaphragme, ou de contraceptifs oraux. Les auteurs rapportent que les femmes semblent mal appréhender le risque de grossesse pendant la péri-ménopause, et ne comprennent pas que l'absence de règles pendant la péri-ménopause peut notamment signifier une grossesse.

Cette étude est d'autant plus pertinente qu'elle aborde les questions de contraception pour les femmes plus âgées ; néanmoins, son applicabilité au concept d'HTSP dans les pays en développement est limitée pour deux raisons : premièrement, les femmes plus âgées aux États-

Unis sont peu susceptibles d'être soumises à la même pression d'avoir de nouveau des enfants à la fin de l'âge de procréation, alors que c'est un problème dans les pays en développement où le remariage peut signifier l'attente d'avoir des enfants avec le nouveau mari. Deuxièmement, les auteurs ne définissent pas précisément « l'âge mûr », et l'on peut s'attendre à ce que les besoins des femmes dans la tranche d'âges plus jeunes, de 35 à 40 ans, diffèrent de ceux des femmes s'approchant de la ménopause, de même que la perception de l'« âge mûr » sera vraisemblablement différente dans les pays en développement.

Dans une étude menée au Nigeria, Olusanya et Solanke (2012) remarquent que les grossesses à plus de 34 ans « s'expliquent par un ensemble de facteurs volontaires et involontaires comprenant notamment un (re)mariage tardif, une conception retardée due à l'infertilité, la poursuite d'études et d'une carrière, le désir d'avoir une grande famille, une méthode de planification familiale inefficace ou absente, et une espérance de vie plus longue. » Dans les pays en développement, la maternité tardive est plus susceptible d'être le résultat de facteurs tels que la pauvreté, une méthode de planification familiale inefficace ou absente, et la disposition culturelle vers une famille nombreuse, écrivent-ils.

Un IC fait observer que dans les situations où les contraceptifs à action prolongée réversible (LARC) et les méthodes permanentes (PM) ne sont pas disponibles ou sont inacceptables, l'échec de la contraception peut être la cause de nombreuses grossesses involontaires AMA et HP. Cette question est examinée plus en détail ci-après, dans la section des thèmes transversaux.

En Tanzanie, une étude montre une augmentation significative des accouchements des femmes dans la tranche d'âges comprise entre 35 et 50 ans, de 2005 à 2011, à l'Hôpital National Muhimbili (MNH), un chiffre qui reflète la tendance générale dans le pays (Muganyizi & Balandya, 2013), mais les facteurs pouvant expliquer les grossesses AMA n'ont pas été examinés. Dans une autre étude effectuée à MNH, Muganyizi et Mageta (2013) constatent un faible respect des recommandations HTSP chez les femmes de plus de 29 ans. Dans cette étude, les résultats examinés étaient l'espacement sain des grossesses, et la programmation saine de la première grossesse, définie comme ayant lieu entre 18 et 30 ans. Des femmes qui avaient déjà été enceintes ont été interrogées sur le moment de leur *première* grossesse pour déterminer si elle avait eu lieu entre 18 et 30 ans, indépendamment de leur âge ou de leur parité au moment de l'étude. Le non-respect de la recommandation de la fenêtre comprise entre 18 et 30 ans était 7,6 fois plus probable chez les femmes de plus de 29 ans et 4 fois plus probable chez les femmes enceintes pour la première fois. Assez curieusement, l'utilisation d'une méthode de PF moderne n'a pas été associée à une programmation saine de la première grossesse ou à l'espacement sain des grossesses.

L'étude Muganyizi et Mageta ne fait pas de distinction entre les femmes âgées de 30 à 34 ans et les femmes âgées de 35 ans ou plus, de fait elle ne traite pas directement l'AMA. Les auteurs tirent néanmoins la conclusion suivante : « les résultats suggèrent que la PF moderne en Tanzanie est en partie utilisée pour satisfaire des préférences reproductives malsaines... Cela confirme qu'il existe d'autres facteurs, auxquels on accorde plus de priorité, lors de la prise en compte de l'espacement

des grossesses, que la simple naissance du bébé en bonne santé. » L'étude ne précise pas en quoi consistent ces facteurs. L'un des auteurs de l'étude, interrogé en tant qu'IC émet l'hypothèse selon laquelle certaines femmes retardent le mariage et/ou la première grossesse pour poursuivre leur éducation ou leur carrière.

D'autres femmes peuvent retarder le moment du premier rapport en suivant les recommandations visant à prévenir l'infection par le VIH. Toutefois, affirme-t-il, la maternité tardive peut entrer en conflit avec le désir constant de fonder une famille nombreuse ; dans l'Enquête démographique et relative à la santé (Demographic and Health Surveys, DHS) réalisée en 2010 en Tanzanie, la taille de la famille déclarée comme étant idéale était de 4,9 enfants pour les femmes, et de 4,8 enfants pour les hommes. L'auteur indique qu'il devient par conséquent impossible aux femmes qui commencent leur famille plus tard d'atteindre la taille de la famille désirée tout en suivant les recommandations HTSP ; elles se mettent alors en danger en rapprochant trop les grossesses, ou en concevant après l'âge recommandé. En outre, il a été observé que les femmes peuvent être davantage influencées par les pressions sociales que par les problèmes de santé. « Elles pensent à leur appartenance à la communauté, car si vous avez trop peu d'enfants, vous n'en faites pas partie », déclare l'IC.

HAUTE PARITÉ

Les références aux grossesses des femmes à haute parité (également connue sous le nom de multiparité élevée) sont relativement rares dans la littérature de l'HTSP. Les discussions avec les IC ont souligné que l'HTSP était délibérément conçu pour remplacer le message de limitation de la taille de la famille par la notion d'espacement, plus acceptable dans de nombreux contextes. En conséquence, les interventions HTSP ont évité les discussions sur la haute parité de crainte que cela ne soit perçu comme synonyme de limitation, ou considéré comme coercitif. Les questions de limitation par rapport à celles d'espacement sont très spécifiques au contexte, certaines cultures étant convaincues de la nécessité de familles de petite taille, tandis que d'autres continuent à souhaiter une famille de quatre ou cinq enfants, voire plus.

Par exemple, au Niger, la DHS de 2012 révèle que le nombre idéal d'enfants déclaré est de 9,2 chez les femmes et de 10,5 chez les hommes. Par ailleurs, deux IC font remarquer que même dans certains pays africains, l'idée de limiter la taille de la famille s'est généralisée. La question de savoir si la limitation pourrait à présent faire l'objet de discussion plus acceptable dans certains endroits peut être un sujet important pour des études ultérieures.

L'une des rares études identifiées pour cette analyse, et qui traite spécifiquement de l'HP a été menée au Nigeria (Kuti, Dare & Ogunniyi, 2001). L'étude a classé les motifs de grossesse en six grandes catégories : désir de fonder une famille nombreuse, mort d'un enfant, erreur (n'a pas utilisé de contraception moderne pour des raisons religieuses ou culturelles, désapprobation, peur des effets secondaires), sexe (souhait d'avoir un fils), remariage, et, échec de la contraception. Bien que l'importance relative des motifs varie selon le nombre d'enfants vivants

de la femme, le désir d'avoir plus d'enfants et la mort d'un enfant constituent les motifs de grossesse les plus courants. L'âge moyen des femmes à multiparité élevée est de 37,4 ans.

Plus récemment, une étude effectuée à Bhopal, en Inde, portant essentiellement sur l'issue des grossesses HP, s'est également penchée sur les raisons du taux de grossesse. Parmi les 232 femmes à multiparité élevée, questionnées dans un hôpital, 71 % connaissent l'existence de la PF, mais n'en font pas usage « en raison de leurs tabous sociaux et religieux » (Sultan & Ojha, 2013). Leur âge moyen est de 30,9 ans, et 81,8 % des femmes ont 35 ans ou moins. Les motifs fournis pour le taux de grossesses sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Raison	Nombre de cas	Pourcentage
Désir d'avoir un enfant de sexe	153	47 %
Souhait du mari et de la famille	81	25 %
Décès d'un enfant	46	14 %
Conçu par erreur	35	10.7 %
Failed contraception	12	3.6 %
Total	327	100 %

Les raisons invoquées sont semblables à celles établies par Kuti et ses collègues au Nigeria, bien que notamment le « désir d'avoir une grande famille » ne soit pas explicitement mentionné ; cela peut être lié à la différence de normes idéales de taille de la famille entre le Nigeria en 1999 (6,2 enfants pour les femmes et 7,8 enfants pour les hommes, selon la DHS de 1999 au Nigeria) et l'Inde en 2011 (2,3 enfants pour les femmes et les hommes, selon le DHS de 2005-06 en Inde). Sultan et Ojha indiquent que la majorité des femmes de leur échantillon étaient « pauvres, surmenées et fatiguées », et sous-alimentées en raison de la pauvreté et de la nécessité de nourrir leur famille nombreuse.

Ils ajoutent : « Les mariages précoces, le concept de famille nombreuse... l'envie impérieuse d'un enfant de sexe masculin et l'absence de source de loisirs sont très répandus dans notre pays, ce qui contribue à une multiparité élevée à un âge précoce. » Ils recommandent que les femmes à multiparité élevée soient mieux informées sur les avantages des soins prénatals et la PF, et souhaitent qu'elles « soient convaincues d'adopter la stérilisation pour limiter le nombre d'enfants et éviter ainsi les effets désastreux de la haute parité ».

Une étude récente menée au Népal a documenté la pression sociale poussant à fonder de grandes familles, même chez les femmes qui disent souhaiter une famille de taille réduite (Jennings et Barber, 2013). L'étude révèle qu'en dépit du fait que 73 % des personnes interrogées déclarent que deux enfants est leur nombre idéal, près de la moitié des femmes mariées ont plus de deux enfants ; il apparaît en outre que les préférences des voisins pour la taille de la famille influencent considérablement la progression vers des familles nombreuses chez les femmes,

même indépendamment de leur préférence personnelle. Les femmes plus âgées sont plus influencées par la taille de la famille des voisins que les femmes plus jeunes ; les auteurs suggèrent que les femmes plus âgées peuvent être plus sensibles à la pression sociale dans la mesure où elles ont eu moins d'opportunités ou de raisons de s'aventurer hors de leurs quartiers.

Lors des entretiens avec les IC, l'hypothèse a été émise selon laquelle l'HP pourrait résulter d'une connaissance insuffisante ou d'une mauvaise utilisation des méthodes de PF, d'une forte mortalité infantile, du fait que les hommes établissent leur importance en épousant plusieurs femmes et ayant beaucoup d'enfants, du désir d'avoir un fils, du manque d'activités de loisirs dans les zones rurales, du remariage après un divorce ou un veuvage plaçant les femmes sous la pression d'avoir des enfants pour leur nouveau mari et, dans les unions polygames, de la concurrence entre les épouses pour avoir beaucoup d'enfants.

GROSSESSES RAPPROCHÉES APRÈS UN AVORTEMENT/UNE FAUSSE COUCHE

Les grossesses rapprochées après un avortement ou une fausse couche sont définies dans le modèle de l'HTSP comme des grossesses ayant lieu moins de six mois après un avortement spontané ou provoqué. Cette analyse a mis en évidence de nombreuses études sur les séances de conseil relatives à la contraception après un avortement, mais celles-ci portaient généralement sur la sécurité, l'acceptabilité et l'efficacité d'une méthode de PF fournie immédiatement après un avortement ou des soins post-avortement, et non pas sur l'intervalle approprié avant la prochaine grossesse. Bien qu'aucune étude consacrée à l'intervalle de six mois n'ait été identifiée, certains des résultats sur les séances de conseil post-avortement apportent des informations utiles.

Par exemple, une étude menée en Égypte révèle qu'il existe des obstacles structurels aux séances de conseil en PF immédiatement après un avortement (Youssef, Abdel-Tawab et al, 2007). Dans de nombreux pays, les services de planning familial sont administrativement et physiquement séparés des établissements abritant les soins post-avortement (PAC). L'étude révèle également que les prestataires de PAC ne sont pas correctement informés sur la PF ; seulement un tiers des prestataires environ mentionne que toutes les patientes qui ont subi un avortement doivent bénéficier de séances de conseil en PF ou que toutes les méthodes de PF pouvaient être utilisées par ces patientes.

En outre, les prestataires ne croient pas que les patientes accepteront la PF, et l'étude mentionne en effet le refus de certaines patientes à accepter la PF avant leur sortie, notamment en raison du souhait d'avoir d'autres d'enfants, de préoccupations concernant les effets secondaires de la méthode, et de la nécessité de l'approbation du mari. Le tableau suivant détaille la réaction des patientes après un avortement à l'idée de bénéficier des méthodes de planification familiale dans le service :

Énoncé	Pourcentage des femmes d'accord avec l'énoncé (N = 292)
Je me sentirais plus à l'aise, car le médecin connaît mon état de santé.	67,1
Je gagnerais du temps, car je n'aurais pas à aller ailleurs pour recevoir une méthode de PF.	45,2
Il me serait difficile de retourner à l'hôpital pour le suivi de la méthode.	54,8
Cela m'aiderait à utiliser la méthode au bon moment.	62,3
Je ne serais pas en mesure de prendre la bonne décision en étant à l'hôpital.	58,9
Mon mari serait en colère contre moi si j'acceptais la PF.	87,7

Le rapport d'une intervention pilote réussie au Kenya, où une méthode de PF a été fournie immédiatement après l'avortement a mis en évidence un avantage imprévu lié à l'offre des services dans le service gynécologique : la participation accrue des hommes dans la PF (Solo et al, 1999). Initialement, 41 % des femmes étaient accompagnées à l'hôpital par leurs maris ou partenaires, et lors des entretiens, ces hommes ont exprimé le désir d'en apprendre davantage sur la PF. De ce fait, le personnel a eu la possibilité de conseiller les couples ensemble au sujet de la PF, lorsque le mari était présent, et si la femme y consentait. L'échantillon des hommes n'est toutefois pas représentatif, puisque les hommes impliqués avaient déjà manifesté un certain intérêt en venant à l'hôpital avec leurs épouses ou partenaires.

Un IC met en garde contre le fait de supposer que les patientes post-avortement et post-fausse couche ont des besoins et des préoccupations similaires ; en effet, les avortements provoqués interrompent des grossesses non désirées, tandis que de nombreuses fausses couches mettent fin à des grossesses voulues. Les femmes qui ont connu une fausse couche interrompant une grossesse désirée peuvent être plus susceptibles de vouloir concevoir à nouveau rapidement. Les patientes qui ont subi un avortement devraient quant à elles, se sentir très motivées pour accepter la PF afin d'éviter une nouvelle grossesse non désirée, mais des obstacles subsistent, comme ceux documentés par Youssef et ses collègues en Égypte. En outre, certaines patientes post-avortement, en particulier les femmes jeunes et célibataires, peuvent refuser la PF parce qu'elles sont déterminées à pratiquer l'abstinence. Les interventions réussies devraient examiner attentivement les différences entre les deux populations afin de prendre en compte les motivations et les obstacles principaux de chacune.

THÈMES TRANSVERSAUX

Un certain nombre d'études et d'IC ont soulevé des questions qui tout en n'étant spécifiques d'aucune des situations de grossesse à haut risque détaillées ci-dessus, sont néanmoins importantes à considérer lors de la conception d'interventions visant à prévenir ces grossesses à haut risque.

GAMME DE CONTRACEPTIFS: MÉTHODES DE CONTRACEPTION DE LONGUE DURÉE D'ACTION ET PERMANENTES

Plusieurs IC ont suggéré que les interventions existantes qui encouragent l'utilisation de LARC et de PM pourraient fournir des données utiles formatives concernant l'AMA et l'HP. Si les femmes âgées et à haute parité - et leurs partenaires - pouvaient être encouragées à utiliser des LARC ou des PM, le risque de grossesse dû à l'échec de la contraception ou à son interruption pourrait être considérablement réduit, éliminant ainsi un facteur de grossesses HP et AMA. Les études sur l'arrêt des méthodes contraceptives temporaires pourraient fournir des informations utiles, pour la même raison. Les femmes plus âgées peuvent aussi mal comprendre les risques de grossesse pendant la péri-ménopause, et une étude nigériane montre une forte diminution de l'utilisation des contraceptifs à proximité de la ménopause (Ogbonna, 2006).

Un IC affirme que veiller à ce que les LARC et les PM fassent partie des méthodes contraceptives disponibles serait essentiel à la réduction des grossesses HP et AMA, en aidant les couples à éviter les grossesses une fois que leur famille a atteint la taille souhaitée. De nombreux programmes de planification familiale, y compris ceux qui utilisent le modèle HTSP, ont tendance à se concentrer sur la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des produits tels que les pilules ou les préservatifs. Autrement dit, les programmes de la sécurité des contraceptifs mettant l'accent sur la chaîne d'approvisionnement et/ou la logistique traiteront plus probablement, et en premier lieu, des méthodes à court terme. Les LARC et les PM demandent une approche plus clinique et font, de ce fait, appel à des types de systèmes différents où interviennent entre autres la formation, les infrastructures de santé et les ressources humaines.

Compte tenu de l'importance des LARC et des PM dans la réduction des grossesses AMA et HP, la littérature et les interventions centrées sur ces méthodes peuvent fournir des informations utiles. Par exemple, un article tiré du Projet ACQUIRE (Escandón et al, 2006) fournit des données qualitatives sur les attitudes visant à limiter la taille de la famille dans une communauté en Guinée. Dans ce milieu très traditionnel, l'espacement des grossesses a été bien accepté ; plusieurs participants aux groupes de discussion, de sexe masculin ont fait observer que les femmes pourraient agréablement limiter la taille de la famille en attendant trois à cinq ans entre les grossesses. Cependant, il est jugé inacceptable pour une femme de mettre fin à sa grossesse, à moins qu'elle ait vécu un accouchement ou une grossesse difficile.

Un autre IC explique qu'au Bangladesh, également, la notion de limitation de la taille de la famille est acceptée : le taux de fécondité total est de 2,3. Cependant, même si beaucoup de femmes ont assouvi leur désir d'enfant lorsqu'elles ont atteint 25 ans, la majorité des méthodes qu'elles utilisent sont temporaires, car les LARC et les PM sont chers et mal acceptés, d'où les problèmes d'échec et d'interruption de la méthode. Beaucoup de femmes qui tombent enceintes sans le souhaiter après avoir assouvi leur désir d'enfants subissent une « régulation menstruelle » pour mettre fin aux grossesses non désirées - terme désignant une procédure qui utilise une aspiration manuelle pour établir en toute sécurité l'état de non-gestation après des règles manquantes (Guttmacher Institute, 2012).

Compte tenu de la faible fécondité des femmes en péri-ménopause, les interventions mettant l'accent sur ce segment de la population AMA empêcheraient relativement peu de grossesses. Cependant, les interventions qui encouragent l'utilisation de LARC et de PM pour les hommes et les femmes ayant assouvi leur désir d'enfants pourraient également être utiles aux femmes en péri-ménopause.

REPORT: UN NOUVEAU TYPE DE TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ ?

Dans un article de 2012, Moultrie et ses collègues analysent la dynamique des intervalles entre les naissances dans 24 pays africains en utilisant les données de la DHS, et remarquent « une tendance distinctive de maternité, non rapportée précédemment, répandue à travers l'Afrique subsaharienne. » Les auteurs suggèrent que l'allongement des intervalles entre les naissances varie peu en fonction de l'âge ou de la parité de la femme, et que, dans certains pays, les intervalles plus longs ne peuvent pas être expliqués par l'espacement des naissances fondé sur le plus jeune enfant de la femme. « Les femmes attendent plutôt pour d'autres raisons » écrivent-ils.

Ils font valoir que le report, retardant la prochaine naissance pour des raisons autres que l'âge du plus jeune enfant, est un troisième type de stratégie qui devrait être examiné en même temps que l'espacement et l'arrêt. « Si les intervalles entre les naissances varient d'une manière qui n'est pas liée à la parité, cela suggère que la limitation de la taille de la famille n'est pas une considération primordiale dans les stratégies féminines de formation familiale », affirment-ils.

Moultrie et ses collègues n'exposent aucun motif expliquant une telle tendance, mais ils citent Johnson-Hanks (2007) qui affirme, sur la base des recherches ethnographiques, que beaucoup de comportements de reproduction africains se caractérisent par le report, une troisième stratégie qui n'est pas intermédiaire, mais différente de celle observée dans d'autres transitions de la fécondité, développée dans l'adversité et l'imprévisibilité, ajoutant que « les facteurs qui pourraient conduire les femmes à vouloir retarder une grossesse comprennent les préoccupations quant à la stabilité de la relation, leur propre santé et celle des autres, l'argent, et le logement. »

Néanmoins, il est difficile d'établir comment la distinction entre l'espacement et le report, qui semble assez technique, pourrait affecter la façon dont les interventions devraient être conçues. Par exemple, les femmes qui retardent les naissances peuvent repousser leur prochaine grossesse jusqu'après l'âge de 34 ans, et comprendre les raisons pour le report indépendant de la parité peut fournir des indices quant à la façon de décourager les naissances HP. Si la transition de la fécondité en Afrique diffère en quelque sorte sur le plan qualitatif de celle prédite par la théorie « classique » des populations, les chercheurs et les développeurs d'interventions devraient éviter de formuler des hypothèses sur la base de ces théories ou sur la base de la nature des transitions dans d'autres endroits. Ce secteur de recherche devrait, au minimum, être exploré pour ses implications dans les interventions HTSP, et il souligne certainement la nécessité de mener des études de recherche formatives spécifiques du contexte pour obtenir des informations en vue de concevoir les interventions.

LA PARTICIPATION DES HOMMES DANS LA PF

La valeur de la participation des hommes dans les discussions sur la PF est bien documentée dans la littérature, en particulier compte tenu de la forte influence de l'approbation des hommes sur les décisions de PF des femmes. On reconnaît également le niveau généralement faible de participation des hommes dans les interventions de PF. Toutefois, deux études identifiées dans cette analyse détaillent précisément l'effet de l'âge sur la participation des hommes, y compris l'âge de l'homme et de la femme, et la différence d'âge entre eux. Ces études pourraient être utiles dans la conception des interventions HTSP destinées aux femmes plus âgées et aux femmes à haute parité.

Une étude menée en Turquie est remarquable en ce qu'elle aborde l'utilisation des méthodes de planification familiale selon l'âge chez les hommes, en incluant les méthodes utilisées par leurs partenaires (Kisa, Zeyneloglu & Delibas, 2013). Les auteurs constatent que les hommes de 40 ans et plus utilisent les méthodes de PF plus souvent que les hommes d'une vingtaine d'années, et que les hommes âgés de 20 à 29 ans avec cinq enfants ou plus utilisent des méthodes de PF plus que ceux dans le même groupe d'âge ayant moins de cinq enfants. L'utilisation des méthodes modernes augmente en parallèle avec l'âge et la durée du mariage. L'étude examine également certains des motifs fournis par les hommes pour ne pas utiliser la planification familiale ; ceux-ci comprennent le désir d'avoir d'autres enfants ou d'autres fils, la croyance selon laquelle recourir à la PF est un péché, et des idées fausses au sujet des effets secondaires des méthodes de PF pour les femmes. Les auteurs concluent que les programmes de PF par tranche d'âges et destinés aux hommes pourraient s'intégrer aux efforts visant à accroître la prévalence contraceptive.

Une analyse des données de la DHS par Gebreselassie et Mishra (2007) met en évidence que les femmes plus âgées, les hommes de plus de 45 ans, et un écart d'âge de 5 ans sont tous associés à un désaccord au sein des couples concernant la PF, dans les dix pays étudiés. L'étude constate que les questions de PF sont évoquées plus fréquemment chez les couples dont la femme est

âgée de 15 à 34 ans, comparativement aux couples dont la femme est âgée de 35 à 49 ans. L'âge du mari influence également la communication entre époux ; « Dans la plupart des pays, la proportion de couples où les deux partenaires abordent ensemble les questions de planification familiale diminue avec l'augmentation de l'âge du mari. » En outre, le nombre d'enfants vivant a une influence très positive sur l'approbation conjointe des couples lors des discussions sur la PF, dans la plupart des cas. Les auteurs suggèrent que l'augmentation des discussions en couples au sein des familles nombreuses indique une demande latente pour le contrôle de la fertilité.

LES CHANGEMENTS NORMATIFS

Comme mentionné précédemment, plusieurs IC font observer que le programme HTSP ayant été en partie conçu comme une alternative aux messages encourageant à limiter la taille de la famille, les discussions sur l'HP et l'AMA se trouvent généralement évitées. Un IC suggère que le débat actuel est tout simplement une question de « retour de balancier » vers une mise au point sur la limitation. Cette caractérisation est peut-être quelque peu inexacte, dans la mesure où le programme HTSP met l'accent sur les avantages de santé que les mères, les enfants et les familles peuvent retirer en suivant les recommandations de programmation et d'espacement. Néanmoins, les programmeurs en charge de la conception des interventions axées sur l'HP et l'AMA devront reconnaître que les messages sur l'HP, et à un degré moindre sur l'AMA, peuvent être interprétés comme une promotion de la limitation, et que cela peut avoir des connotations indésirables dans certains contextes.

Deux IC suggèrent, cependant, que, dans certains endroits, les discussions sur la taille de la famille se sont répandues et sont plus acceptées depuis ces cinq à dix dernières années. C'est le cas en Inde et au Bangladesh depuis un certain temps. Un IC affirme que, notamment dans certaines populations urbaines en Afrique, les gens discutent beaucoup et sont ouverts à la nécessité d'avoir de petites familles, même si des obstacles demeurent pour fournir la méthode contraceptive appropriée, y compris les LARC et les PM, nécessaires à garantir la réalisation de ces intentions. Un IC reconnaît que l'on accorde peu de poids à la limitation si une femme est en bonne santé, or « nous ne devrions pas hésiter à en parler. Nous devons aborder cette question ». Les messages sur les naissances HP doivent se baser sur des données solides, dit-il, et se concentrer sur la bonne santé de l'enfant et de la mère.

DISCUSSION

Les interventions HTSP ont jusqu'à maintenant mis l'accent principalement sur les jeunes femmes qui sont dans leurs années de procréation les plus actives. Ce sont les femmes qui représentent la majorité des grossesses, par conséquent les encourager à attendre au moins jusqu'à 18 ans avant de commencer à fonder une famille, puis préconiser un espacement suffisant entre les grossesses

peut avoir un effet significatif sur les taux de fécondité. Cependant, le risque mis en évidence des grossesses AMA et HP exige que les interventions soient étendues de sorte à bénéficier aux femmes qui sont plus avancées dans l'âge de procréation.

Cependant, cette analyse révèle que les besoins en matière de PF, des femmes plus âgées et de haute parité ont fait l'objet de peu de recherches dans le monde entier. Alors que de nombreuses études ont exploré l'issue des grossesses chez les femmes dans ces situations, ainsi que les mécanismes possibles des grossesses problématiques, très peu de chercheurs ont examiné *pourquoi* les femmes deviennent enceintes au-delà de 34 ans, ou quand elles ont déjà cinq enfants ou plus. Des données descriptives de certains environnements montrent que la planification familiale est plus fréquente chez les femmes plus âgées et à haute parité, mais les raisons d'un tel comportement n'ont pas été explorées. Toutes les interventions visant à réduire ces naissances à haut risque doivent reposer sur une bonne compréhension des raisons pour lesquelles les grossesses se produisent. L'analyse n'a pas non plus découvert d'études ayant examiné les attitudes et les comportements des prestataires envers les grossesses AMA et HP et les conseils spécifiques qu'ils fournissent.

Les facteurs comportementaux mis en évidence pour les grossesses AMA ou HP partagent des similitudes, mais diffèrent selon le contexte du pays. Certaines femmes déclarent qu'elles espéraient un fils, ou un autre fils ; d'autres évoquent la pression familiale et conjugale les poussant à avoir une grande famille, ou leur désir personnel de fonder une grande famille. Les autres facteurs comprennent la mort d'un enfant, le remariage entraînant le désir d'avoir des enfants avec le nouveau mari, l'échec de la contraception, les interdictions religieuses ou culturelles d'utiliser des méthodes de contraception, ou l'arrêt de la contraception pour des raisons diverses.

Certaines affirment simplement que la grossesse était « une erreur ». Dans certains cas, le problème est un manque de LARC et de PM appropriés et acceptables pour les femmes qui ont décidé de ne plus avoir d'enfants. Cependant, d'autres études de recherche formative spécifiques au contexte doivent être menées pour évaluer l'importance relative de ces raisons dans un milieu donné, et pour identifier les éventuelles raisons supplémentaires spécifiques aux femmes AMA et HP.

Accessoirement, tandis qu'un certain nombre d'études et d'interventions se sont concentrées sur les besoins en PF et en interventions pour les femmes ayant subi un avortement, l'analyse n'a mis en évidence aucune intervention spécifiquement axée sur la période recommandée pour la prochaine grossesse post-avortement. Il a été accordé encore moins d'attention aux recommandations d'espacement pour les femmes ayant connu une fausse couche, et au défi qui consiste à encourager les femmes ayant perdu une grossesse désirée à attendre les 6 mois recommandés avant d'essayer d'être enceintes à nouveau.

RECOMMANDATIONS POUR UNE ÉTUDE SUPPLÉMENTAIRE

Étant donné le manque d'informations précises sur ce sujet, il est essentiel de mener des recherches supplémentaires. Plusieurs IC déclarent que d'autres études de recherche plus formative doivent être menées, en particulier des études qualitatives, afin de mieux comprendre pourquoi les femmes continuent à avoir des enfants malgré les risques pour la santé : Est-ce un manque de connaissances ? Une pression culturelle ? L'inacceptabilité ou les difficultés d'accès à des méthodes de PF appropriées sont-elles en cause ? La nécessité d'une recherche en profondeur est compliquée par le fait que ces questions peuvent être très spécifiques à un contexte donné, varier selon les pays, la religion, l'origine ethnique et d'autres facteurs intrinsèques.

Tandis que cette analyse porte essentiellement sur les perceptions, les désirs et les comportements qui contribuent aux grossesses AMA, HP et PA/PM, plusieurs IC suggèrent d'autres sources de documentation susceptibles d'apporter des informations utiles sur les *interventions* pour ces catégories de grossesse à haut risque. Certaines ont déjà été indiquées plus haut. Elles comprennent :

- **Littérature et renseignements programmatiques sur les LARC et les PM.** Ce sont des méthodes idéales pour les femmes plus âgées et de haute parité ayant atteint le nombre d'enfants désiré.*
- **Informations sur l'arrêt de la contraception.** De nombreuses femmes tout en affirmant qu'elles n'ont pas l'intention d'avoir d'autres enfants, arrêtent leur méthode de contraception pour des raisons variées. Cela peut aussi être un problème pour les femmes en péri-ménopause, bien que, comme mentionné précédemment, il existe peu de recherche sur ce sujet, même dans les pays développés.
- **Études et programmes visant directement à limiter la taille de la famille,** c'est à dire, ceux qui ont précédé le modèle HTSP ou ne l'utilisaient pas. Il faut garder à l'esprit que les normes et les attitudes à l'égard de la PF peuvent changer rapidement et d'une manière qui varie selon le contexte, de sorte que les études anciennes doivent être abordées avec prudence.

* Certaines opérations de communication recommandées par un IC et liées à des méthodes permanentes se trouvent sur : www.youtube.com/watch?v=vnmPKpGmY0s ; www.youtube.com/watch?v=2yYHWz9BTFQ ; www.youtube.com/watch?v=SmgvStVsBko.

- **Littérature sur l'issue des grossesses à haut risque AMA, HP et PA/PM.** Comme indiqué précédemment, certaines études comprennent des données sur les raisons du taux de grossesse. Malheureusement, étant donné qu'il s'agit souvent d'un résultat mineur et rarement signalé dans un résumé, il faudra relire en profondeur des articles entiers.

En plus de la recherche formative globale axée sur les grossesses AMA, HP et PA/PM, l'analyse a identifié un certain nombre de questions spécifiques pour la recherche :

- Le message de limitation de la taille de la famille est-il plus acceptable dans certains endroits qu'il ne l'était dans le passé ?
- Quelles sont les raisons du retard ou du report de la grossesse, pouvant conduire à une maternité dans la tranche d'âge plus risqué au-delà de 34 ans ? Quel est l'effet de la poursuite des études ou d'une carrière, de l'adversité, de la pauvreté, du coût des soins pour les enfants, etc., indépendamment du désir d'un nombre d'enfants particulier ?
- Quelles sont les implications pour les interventions HTSP des résultats montrant que la transition de la fécondité en Afrique peut varier considérablement de celle observable dans d'autres endroits, avec le report apparaissant comme une stratégie distincte de l'espacement ou de l'arrêt ?
- Quel est l'effet de la participation des hommes, et en particulier l'effet de l'âge/stade de la vie d'un partenaire masculin, sur les désirs de limitation de la taille de la famille, ou sur la prévention des grossesses à haut risque en général ?
- Comment les femmes, les hommes et les communautés perçoivent-ils le risque des grossesses AMA et HP ? Sont-ils conscients du risque accru de morbidité et de mortalité alors que l'âge et la parité de la femme augmentent ? Dans quelle mesure les femmes à multiparité élevée sont-elles trop confiantes, pensant que leurs précédents accouchements sans complications leur assurent une maternité sans risque continue ?
- Dans quelle mesure les femmes comprennent-elles les changements de la fécondité qui s'opèrent au cours de leurs années de procréation ? Compréhendent-elles le temps de retour de la fécondité après l'accouchement, un avortement ou une fausse couche, et comprennent-elles qu'elles continuent à pouvoir tomber enceintes à l'approche de la ménopause ?
- Quelles sont les dynamiques de pression exercée par la famille, le quartier et la communauté pour avoir plus d'enfants ? Quelles sont les caractéristiques des femmes et des couples qui ont adhéré avec succès aux recommandations HTSP en dépit de ces pressions ?
- Quelles sont les différences entre les femmes qui ont subi un avortement et les femmes qui ont connu une fausse couche ? Comment chacun de ces deux groupes devrait-il être abordé pour encourager un intervalle sain avant la prochaine grossesse ?

- Dans un contexte donné, les femmes ont-elles accès à la gamme de méthodes contraceptives appropriées pour les différents stades de leur vie reproductive ? Les LARC et les PM sont-ils disponibles, abordables et acceptables ?

Dans « The Dangerous Multipara », un article de 1934 publié dans *The Lancet*, Bethel Solomons met en garde contre l'excès de confiance des femmes multipares enceintes ou en train d'accoucher. « Mon but en écrivant cet article et en lui donnant un titre sensationnel est d'éliminer si possible, une fois pour toutes, de l'esprit du lecteur l'idée que primipare signifie que l'accouchement sera difficile, tandis que celui d'une multipare sera facile », écrit-il. « C'est une erreur de croire qu'en terme de maternité, c'est en forgeant qu'on devient forgeron. » Quarante-vingts ans plus tard, il est grand temps pour les familles, les communautés, les cliniciens et les programmeurs de santé publique d'accorder une attention égale aux besoins de santé de la reproduction des mères plus âgées, plus expérimentées.

RÉFÉRENCES

- Adegbola O & Okunowo A (2009). Intended postpartum contraceptive use among pregnant and puerperal women at a university teaching hospital. *Arch Gynecol Obstet*, 280(6): 987-992.
- Afolabi A & Adeyemi A (2013). Grand-multiparity: Is it still an obstetric risk? *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3:41-415.
- Aliyu M, Salihu H, Keith L, Ehiri J, Islam M, Jolly P (2005). High parity and fetal morbidity outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 105(5, part 1): 1045-1051.
- Allen S (2013). The effect of education, contraception, and reproductive health knowledge on unplanned pregnancy and child death in rural Western Kenya. *Unpublished thesis*.
- Astolfi P & Zonta LA (1999). Risks of preterm delivery and association with maternal age, birth order, and fetal gender. *Human Reproduction*, 14(11): 2891-2894.
- CATALYST Consortium/TAHSEEN Project (2004). Optimal birth spacing: An in-depth study of knowledge, attitudes and practices, 33.
- Conde-Agudelo A, Belizán JM, Breman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A (2005). Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 89 (suppl 1): S34-40.
- DaVanzo J, Hale L. et al (2008). The effects of pregnancy spacing on infant and child mortality in Matlab, Bangladesh: How they vary by the type of pregnancy outcome that began the interval. *Population Studies*, 62(2): 131-154.
- Escandón, I, Diallo, M et al (2006). Community awareness of and attitudes toward long-acting and permanent contraception in Guinea. New York: The ACQUIRE Project/EngenderHealth.
- Eliason S, Baiden F et al (2013) Factors influencing the intention of women in rural Ghana to adopt postpartum family planning. *Reproductive Health*, 10(34).
- Gebreselassie T & Mishra V (2007). Spousal agreement on family planning in sub-Saharan Africa. *DHS Analytical Studies No. 11*.
- Gharoro E & Igbafe A (2001). Grandmultiparity: Emerging Trend in a Tropical Community. *Trop J Obstet Gynaecol*, 18(1).
- Guttmacher Institute (2012). *Menstrual Regulation and Induced Abortion in Bangladesh: Fact Sheet*. Available at <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Bangladesh-MR.pdf>
- Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I (2004). Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 104(4): 727-733.
- Jansen W & Cobb L (2004). USAID birthspacing programmatic review: An assessment of country-level programs, communications, and training materials. *USAID-POPTECH*.

- Jennings E & Barber J (2013). The influence of neighbors' family size preference on progression to high parity births in rural Nepal. *Studies in Family Planning*, 44(1), 67-84.
- Kenny L, Lavender T, McNamee R, O'Neill S, Mills T, Khashan A (2013). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcome: Evidence from a large contemporary cohort. *PLoS One*, 8(2): e56583.
- Kisa S, Zeyneloglu S & Delibas L (2013). Influence of age on the usage of family planning methods. *Turk J Med Sci*, 43.
- Kuti O, Dare F & Ogunniyi S (2001). Grandmultiparity: Mothers' own reasons for the index pregnancy. *Trop J Obstet Gynaecol*, 18(1).
- Marston, C. (2006). Report of a WHO technical consultation on birth spacing: Geneva, Switzerland 13–15 June 2005. *World Health Organization*, 37.
- Moultrie T, Sayi T & Timaeus I (2012). Birth intervals, postponement, and fertility decline in Africa: A new type of transition? *Population Studies: A Journal of Demography*, 66(3):241-258.
- Muganyizi P & Balandya B (2013a). Pregnancy outcomes in the extremes of reproductive age: a seven-year experience in Tanzania. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 51-57.
- Muganyizi P & Mageta D (2013b). Does the use of modern family planning promote healthy timing and spacing of pregnancy in Dar es Salaam? *Reproductive Health*, 10(65).
- Ndwamato N (2009). The beliefs and practices of Tshivenda-speaking multiparous women on contraception: A qualitative study. *South African Family Practice*, 51(4).
- Nte A, Odu N & Enyindah C (2009). Male involvement in family planning: women's perception. *Niger J Clin Pract*, 12(3).
- Olusanya B & Solanke O (2012). Perinatal correlates of delayed childbearing in a developing country. *Arch Gynecol Obstet*, 285(4), 951-957.
- Oye-Adeniran BA, Adewole IF et al (2006). Community based study of contraceptive behaviour in Nigeria. *Afri J Reprod Health*, 10:90–104.
- Post, M (2009). Extending Service Delivery Project. HTSP 101: Everything You Want to Know about Healthy Timing and Spacing of Pregnancy. USAID. Available at: http://www.esdproj.org/site/DocServer/HTSP_101_Brief_Final_corrected_8.18.09.pdf?docID=2821
- Radulovic O, Sagric C et al (2006). Family planning in women of different age. *Age*, 15(19): 20-35.
- Rafalimanana H & Westoff C (2001). Gap between preferred and actual birth intervals in sub-Saharan Africa: Implications for fertility and child health. *DHS Analytical Studies No. 2*.
- Rajmohan L, Vinayachandran S, Beena G, Sumangala Devi D (2013). Pregnancy outcome in women of advanced maternal age. *International Journal of Bioassays*, 2(9): 1193-1198.
- Rama Rao S, Townsend J & Askew I (2006). Correlates of inter-birth intervals: implications of

optimal birth spacing strategies in Mozambique. *Population Council*.

Solo J, Billings D et al (1999). Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya. *Stud Fam Plann*, 30(1), 17-27.

Solomons, Bethel (1934). The Dangerous Multipara. *The Lancet*, 224(5784), 8-11.

Sonalkar S, Mody S et al (2013). Programmatic aspects of postpartum family planning in developing countries: a qualitative analysis of key informant interviews in Kenya and Ethiopia. *African Journal of Reproductive Health*, 17(3):54-56.

Sultan S & Ojha J (2013) Grand multiparity still an obstetric challenge: A clinical study of grand multiparity in a tertiary care center. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 2(39): 7423-7430.

Swartz L & Sherman C (2011). Midlife women online: Evaluation of an Internet-based program to prevent unintended pregnancy and STIs. *Journal of Women and Aging*, 23(4): 342-359.

Walfish M, Neuman A, Wlody D (2009). Maternal haemorrhage. *British Journal of Anaesthesia*, 103(suppl 1): i47-i56.

World Health Organization (2014). Fact Sheet No 370: Congenital anomalies. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/>

World Health Organization (2005). *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing*. Geneva, Switzerland 13–15 June 2005.

Youssef H, Abdel-Tawab N et al (2007). Linking family planning with post-abortion services in Egypt: Testing the feasibility, acceptability and effectiveness of two models of integration. *Population Council*, 51.

ANNEXE A: PAYS INCLUS DANS L'ÉTUDE

Les pays suivants sont désignés par la Banque mondiale comme des pays pauvres très endettés (PPTÉ), à faible revenu, et/ou à revenu moyen inférieur.

1	Afghanistan	29	Guyana	57	Papua-New Guinea
2	Armenia	30	Haiti	58	Paraguay
3	Bangladesh	31	Honduras	59	Philippines
4	Benin	32	India	60	Rwanda
5	Bhutan	33	Indonesia	61	Samoa
6	Bolivia	34	Kenya	62	Sao Tome and Principe
7	Burkina Faso	35	Kiribati	63	Senegal
8	Burundi	36	Korea, Dem. Rep.	64	Sierra Leone
9	Cambodia	37	Kosovo	65	Solomon Islands
10	Cameroon	38	Kyrgyz Republic	66	Somalia
11	Cape Verde	39	Lao PDR	67	South Sudan
12	Central African Republic	40	Lesotho	68	Sri Lanka
13	Chad	41	Liberia	69	Sudan
14	Comoros	42	Madagascar	70	Swaziland
15	Congo, Dem. Rep.	43	Malawi	71	Syria
16	Congo, Rep.	44	Mali	72	Tajikistan
17	Cote d'Ivoire	45	Mauritania	73	Tanzania
18	Djibouti	46	Micronesia.	74	Timor-Leste
19	Egypt	47	Moldova	75	Togo
20	El Salvador	48	Mongolia	76	Uganda
21	Eritrea	49	Morocco	77	Ukraine
22	Ethiopia	50	Mozambique	78	Uzbekistan
23	Gambia	51	Myanmar	79	Vanuatu
24	Georgia	52	Nepal	80	Vietnam
25	Ghana	53	Nicaragua	81	West Bank and Gaza
26	Guatemala	54	Niger	82	Yemen
27	Guinea	55	Nigeria	83	Zambia
28	Guinea-Bissau	56	Pakistan	84	Zimbabwe

Source: <http://data.worldbank.org/country>, consulté le 27 novembre 2013

ANNEXE B: INFORMATEURS CLÉS

1 **Cicely Marston**

Département des sciences sociales et de médecine, Imperial College, Londres, Royaume-Uni

2004: "The effects of contraception on obstetric outcomes"

Marston, C. (2006). Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing: Geneva, Switzerland 13–15 June 2005, World Health Organization: 37.

Statut : a répondu par courrier électronique en fournissant des informations.

2 **Projestine S. Muganyizi**

Département d'obstétrique et de gynécologie, Université Muhimbili de la santé et des sciences connexes

2013: "Pregnancy outcomes in the extremes of reproductive age: A seven-year experience in Tanzania"

Statut : interrogée en personne le 19 décembre 2013.

3 **Christy A. Sherman**

Oregon Research Institute, Eugene, OR

Sherman et al 2005: "Are They Still Having Sex?" STIs and Unintended Pregnancy Among Mid-Life Women

Statut : A dit qu'elle avait quitté ce domaine de recherche ; a suggéré que sa co-auteur Marie Harvey en saurait davantage.

4 **Marie Harvey**

Vice-doyenne chargée de la recherche et des programmes d'études supérieures, professeur de santé publique, Collège de la santé publique et des sciences humaines, Université d'État de l'Oregon

Statut : A refusé, disant que ce n'était pas son domaine d'expertise.

5 **William Jansen**

2004: USAID Programmatic Review on Birth Spacing

Statut : contacté, mais n'était pas en mesure de programmer un entretien.

6 **May Post, MD**

Conseillère principale pour la santé reproductive et la planification familiale, ESD

Mainstreaming Healthy Timing and Spacing of Pregnancy: A Framework for Action
Statut : a répondu par courrier électronique en fournissant des informations.

7 Kristen Stolka

RTI International (anciennement chef de projet pour les activités ESD HSTP à Pathfinder International)

Statut : interrogée au téléphone le 20 décembre 2013.

8 Shabana Sultan

Grand multiparity still an obstetric challenge, Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences 2013

Statut : interrogée au téléphone le 20 janvier 2014.

9 Dr. Cat McKaig, JHPIEGO, MCHIP

Statut : interrogée au téléphone le 3 janvier 2014.

10 Julie DaVanzo, RAND Corporation

2008: The effects of pregnancy spacing on infant and child mortality in Matlab, Bangladesh: How they vary by the type of pregnancy outcome that began the interval

Statut : interrogée au téléphone le 24 décembre 2013.

11 Mizanur Rahman

Associé de recherche principal au Bangladesh, Carolina Population Center, Université de Caroline du Nord

2008: The effects of pregnancy spacing on infant and child mortality in Matlab, Bangladesh: How they vary by the type of pregnancy outcome that began the interval

Statut : interrogé au téléphone le 2 janvier 2014.

12 Laili Irani

Analyste principale des politiques, Projet de politique sanitaire, Population Reference Bureau

Statut : interrogé au téléphone le 2 janvier 2014.

13 Jane Wickstrom

Chef d'équipe technique, projet RESPOND, EngenderHealth

Statut : interrogée en personne le 6 mars 2014.

